

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案實施鄉鎮（市/區）一覽表

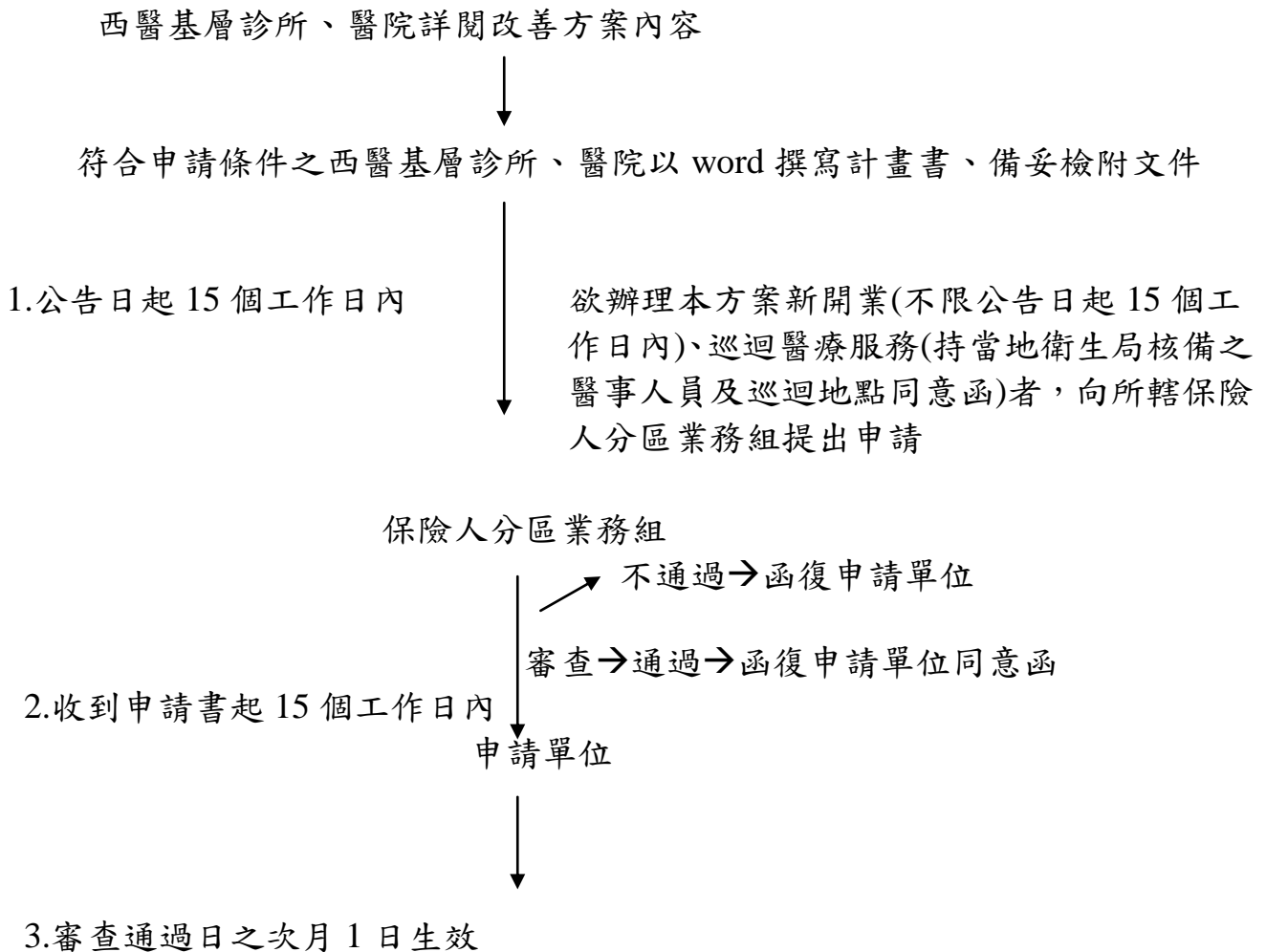
業務組	縣市	鄉鎮 (市/區)	方案別	業務組	縣市	鄉鎮 (市/區)	方案別	
臺北業務組	新北市	坪林區	基層診所	中區業務組	彰化縣	二水鄉	基層診所	
		五股區	基層診所			(埔鹽鄉)	基層診所	
		萬里區	基層診所			(田尾鄉)	基層診所	
		*三峽區	基層診所			大村鄉	基層診所	
		(雙溪區)	基層診所			社頭鄉	基層診所	
		石門區	基層診所			(線西鄉)	基層診所	
		石碇區	醫院			(芳苑鄉)	基層診所	
		三芝區	醫院			(福興鄉)	基層診所	
		*平溪區	醫院			伸港鄉	醫院	
		貢寮區	醫院			芬園鄉	醫院	
	基隆市	*七堵區	基層診所			永靖鄉	醫院	
	宜蘭縣	壯圍鄉	基層診所			大城鄉	醫院	
		(三星鄉)	基層診所			竹塘鄉	醫院	
		(五結鄉)	基層診所			溪州鄉	醫院	
		頭城鎮	基層診所		集集鄉	基層診所		
		冬山鄉	基層診所		魚池鄉	基層診所		
			名間鄉	基層診所				
北區業務組	桃園縣	大溪鎮	基層診所	南區業務組	南投縣	(國姓鄉)	基層診所	
		觀音鄉	醫院			中寮鄉	基層診所	
	新竹縣	芎林鄉	基層診所			鹿谷鄉	醫院	
		(峨眉鄉)	基層診所			(古坑鄉)	基層診所	
		(橫山鄉)	基層診所			(二崙鄉)	基層診所	
		寶山鄉	醫院			(東勢鄉)	基層診所	
	苗栗縣	北埔鄉	醫院		水林鄉	基層診所		
		造橋鄉	基層診所		*崙背鄉	基層診所		
		(獅潭鄉)	基層診所		褒忠鄉	基層診所		
		三灣鄉	基層診所		* (四湖鄉)	基層診所		
		西湖鄉	基層診所		*口湖鄉	基層診所		
		公館鄉	基層診所		(大埤鄉)	基層診所		
		銅鑼鄉	基層診所		(元長鄉)	基層診所		
		南庄鄉	醫院		*荊桐鄉	醫院		
	中區業務組	臺中市	(大安區)		基層診所	雲林縣	(布袋鎮)	基層診所
			*(新社區)		基層診所		*溪口鄉	基層診所
*(石岡區)			基層診所	林內鄉	醫院			
外埔區			基層診所	臺西鄉	醫院			
神岡區			基層診所	(鹿港鎮)	基層診所			
彰化縣		*埤頭鄉	基層診所	鹿草鄉	基層診所			

業務組	縣市	鄉鎮 (市/區)	方案別	業務組	縣市	鄉鎮 (市/區)	方案別	
南區業務組	嘉義縣	(番路鄉)	基層診所	高屏業務組	高雄市	(永安區)	基層診所	
		*新港鄉	基層診所			六龜區	基層診所	
		水上鄉	基層診所			杉林區	醫院	
		(義竹鄉)	基層診所			甲仙區	醫院	
		太保市	基層診所		*佳冬鄉	基層診所		
		中埔鄉	基層診所		(崁頂鄉)	基層診所		
		(六腳鄉)	基層診所		(新園鄉)	基層診所		
		(東石鄉)	基層診所		車城鄉	醫院		
		梅山鄉	基層診所		九如鄉	醫院		
	臺南市	東山區	基層診所		屏東縣	萬巒鄉	醫院	
		後壁區	基層診所			鹽埔鄉	醫院	
		西港區	基層診所			竹田鄉	醫院	
		關廟區	基層診所			南州鄉	醫院	
		下營區	基層診所			枋山鄉	醫院	
		*學甲區	基層診所			滿州鄉	醫院	
		*(左鎮區)	基層診所			花蓮縣	光復鄉	基層診所
		(龍崎區)	基層診所				吉安鄉	基層診所
		*楠西區	基層診所				*(壽豐鄉)	基層診所
		(南化區)	基層診所	(富里鄉)			基層診所	
		(安定區)	基層診所	*(瑞穗鄉)			醫院	
官田區	基層診所	*玉里鎮	醫院					
(七股區)	基層診所	臺東縣	(大武鄉)	基層診所				
北門區	基層診所		(太麻里鄉)	基層診所				
大內區	醫院		*(長濱鄉)	基層診所				
將軍區	醫院		(東河鄉)	基層診所				
(田寮區)	基層診所		鹿野鄉	基層診所				
高屏業務組	高雄市	(內門區)	基層診所			*成功鎮	醫院	

註：

1. 經修正公告 103 年度施行鄉鎮 (市/區)，共計 126 個(基層診所：93 個；醫院：33 個)。
2. 加括弧部分為兒科加強區。
3. 申請巡迴地點僅限當地衛生主管機關或轄區分區業務組認定屬醫療資源不足之地點，加註*。

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案申請流程



考核流程：

- 1.執行本方案之巡迴醫療服務應逐次填寫醫療報酬申請表（如附件 5）並於次月 20 日前將書面資料及電子檔案分別向所轄保險人分區業務組申報。
- 2.執行本方案者：於 8 月 1 日前填報上半年考核要點（附件 7-1、7-2），寄至保險人分區業務組。
- 3.執行本方案者，應於計畫執行結束或年度結束後 10 個工作日內，繳交執行報告至保險人分區業務組。

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫申請書

保險人分區業務組： 分區 填表日期： 年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱			聯絡電話 ()																	
	診所/醫院代號			負責醫師姓名																	
	郵遞區號			聯絡地址																	
	申請服務地區			縣市 鄉鎮(市/區) 村(里)																	
申請服務內容	申請項目： 1.醫事人員 巡迴醫師科別： 巡迴醫師姓名： 巡迴護理人員姓名： 巡迴藥事人員姓名： 2.巡迴服務時間（請填寫時數）：共 小時／週																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)
審核情形	分區業務組意見： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 申請日前2年未涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條至40條所列違規情事。 <input type="checkbox"/> 前一年度執行本方案且達到平均每診次5人以上(診療人次計算不含預防保健、戒菸案件)。 <input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求 <input type="checkbox"/> 不同意，原因： 申請通過日期： 年 月 日 申請通過函號：																				

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫計畫書

- 一、前言：請敘述本方案產生之背景，包括方案實施地區問題狀況等。
- 二、目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。
- 三、巡迴醫療服務地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。
 - (一)巡迴醫療服務地區及人口分布：請具體詳述巡迴醫療服務之地區面積、性別年齡分布、當地戶籍人口數等相關資料。
 - (二)地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴醫療服務地區地理環境概況並檢附巡迴醫療地點地址及簡要地圖、當地對外交通情形、及巡迴醫療地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程等。
 - (三)醫療需求情形：目前醫療服務使用狀況、醫療需求，以及方案提供醫療服務之內容。
- 四、執行計畫：
 - (一)醫療人力資源：請詳述包括專任醫事人員名單、身分證號、及專任醫事人員之備援名單（西醫基層診所每一巡迴醫事人員之備援人員各以 1 名為限，並以專任人員為優先，若無，得由其他診所支援；該年度實際備援總次數不得大於原申請巡迴醫療總次數之四分之一）。
 - (二)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估。
- 五、評估預期效益：明訂評估方案之預期效益：詳述計畫實施預期將達成之效益，並表列各項預定達成指標以利審查(需包含平均每診看診人次目標數)。
- 六、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
巡迴醫療服務計畫門診時段(人員)異動表

門診時段(人員)異動表		填表日期： 年 月 日																																	
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號	聯絡電話	()																																
	診所/醫院地址及郵遞區號																																		
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區) 村(里)																																
	變更 <input type="checkbox"/> 巡迴時段 <input type="checkbox"/> 支援科別(醫院適用)																																		
	變更 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 護理人員姓名 <input type="checkbox"/> 藥事人員姓名																																		
	變更原因																																		
<p>(一)原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>一</td> <td>二</td> <td>三</td> <td>四</td> <td>五</td> <td>六</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>上午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>晚上時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>合計 節/週</p>					一	二	三	四	五	六	日	上午時間								下午時間								晚上時間							
	一	二	三	四	五	六	日																												
上午時間																																			
下午時間																																			
晚上時間																																			
<p>(二)變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>一</td> <td>二</td> <td>三</td> <td>四</td> <td>五</td> <td>六</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>上午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下午時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>晚上時間</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>合計 節/週</p>					一	二	三	四	五	六	日	上午時間								下午時間								晚上時間							
	一	二	三	四	五	六	日																												
上午時間																																			
下午時間																																			
晚上時間																																			
<p>(三)經費預估：</p> <p>原為：</p> <p>平日 節/週</p> <p>夜間 節/週</p> <p>假日 節/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>變更為：</p> <p>平日 節/週</p> <p>夜間 節/週</p> <p>假日 節/週</p> <p>預估總經費： 元</p> <p>金額變動計 元</p>		<p>診所(衛生所)/醫院</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 20px auto;">印</div> <p>診所(衛生所)執業醫師簽名： 印</p>																																	
<p>註：本表使用於變更支援(巡迴)時間，例如週一下午之巡迴改至週四夜間，或增加支援(巡迴)時段，若為短期之請假，請使用醫師休診單。更換門診時段(人員)異動表次數，一年不可超過五次為限。</p>																																			

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫醫師休診單

醫師休診單(基層診所適用)		填表日期： 年 月 日	
基本資料	診所名稱及醫事機構代號	聯絡電話 ()	
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)
	休診 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 巡迴時段		
	休診原因		
<p>休診時間：</p> <p>1. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>2. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>3. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止</p> <p>合計 時段</p>			
<p>註：本表使用於醫師短期請假，若欲變更支援(巡迴)時間，請使用門診時段(人員)異動表。</p>			
<p>診所(衛生所)</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; text-align: center; vertical-align: middle;">印</div> </div> <p style="margin-top: 20px;">執業醫師簽名： _____</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; text-align: center; vertical-align: middle;">印</div> </div>			

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫巡迴地點異動表

巡迴地點異動表		填表日期： 年 月 日		
基本資料	診所/醫院名稱及醫事機構代號	聯絡電話	()	
	診所/醫院地址及郵遞區號			
	申請服務地區	縣市	鄉鎮 (市/區)	村(里)
	巡迴醫師姓名			
	變更巡迴科別(醫院適用)			
	變更原因			
<p>(一).變更巡迴地點</p> <p>擬自 年 月 日起至 月 日，每週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號</p> <p>(二).單次巡迴地點之變更</p> <p>擬將中華民國 年 月 日週 之 時 分至 時 分 之巡迴醫療，地點由 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號 改至 縣市 鄉鎮 (市/區) 村(里) 路 號</p>				
<p>診所(衛生所)/醫院</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; display: inline-block; text-align: center; vertical-align: middle;">印</div> </div> <p style="margin-top: 20px;">診所(衛生所)執業醫師簽名：</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; display: inline-block; text-align: center; vertical-align: middle;">印</div> </div>				

全民健康保險西醫醫療資源不足地區醫師、護理人員及藥事人員巡迴醫療報酬申請表

受 理 日 期		受 理 編 號							
醫事服務機構名稱		醫 事 服 務 機 構 代 號							
編號	請領人姓名	請領人 身分證 字號	支付別	日期	鄉鎮(市/ 區)名	村(里)名	地點	診療人次	申請金額
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
本頁小計									
總 表	項目	申請次數	診療人次	每次申請金額				申請金額總數	
	支付別								
	P2005C 案件								
	P2006C 案件								
	P2007C 案件								
	P2008C 案件								
	P2009C 案件								
	P2010C 案件								
總 計									
負責醫師姓名:	一.本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並報經保險人分區業務組同意始得支付。								
醫事服務機構地址:	二.編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫；診療人次：填寫當次診療之人次。 支付別為護理人員報酬項目，本欄不用填寫。								
電話:	三. 支付別：西醫： P2005C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（一般日,每次） P2006C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務醫師報酬（例假日,每次） P2007C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（一般日,每次） P2008C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務護理人員報酬（例假日,每次） P2009C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬（一般日,每次） P2010C 西醫基層醫療資源不足地區巡迴醫療服務藥事人員報酬（例假日,每次）								
印信:	四.填寫時請依同一支付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。 五.本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄保險人分區業務組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療報酬」（論次計酬）。 六.診療人次計算不含預防保健、戒菸案件。								

全民健康保險特約診所例外就醫名冊

特約診所/醫院名稱：

特約診所/醫院代號：

日期	就醫類別	姓名	出生日期	身分證字號	連絡電話	地址	無卡原因
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 20歲以下兒少 <input type="checkbox"/> 懷孕婦女
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 20歲以下兒少 <input type="checkbox"/> 懷孕婦女
	<input type="checkbox"/> 門、急診 <input type="checkbox"/> 住院				(公)： (宅)： 手機：		<input type="checkbox"/> 已加保未領到卡 <input type="checkbox"/> 遺失、毀損換發期間 <input type="checkbox"/> 20歲以下兒少 <input type="checkbox"/> 懷孕婦女

註：1.本表請醫療院所自存備查。

2.本表請診所自行印製使用。

3.門診、住院醫療費用點數清單就醫序號代碼：

(1)已加保未領到卡及遺失、毀損換發期間請填 C001。

(2)20歲以下兒少請填 C002。

(3)懷孕婦女請填 C003。

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點

巡迴醫療服務院所評核表

填報日期：____年__月__日

一、考核院所名稱：_____；院所代號：_____

二、執行方案地點：_____鄉鎮(市/區)_____村(里)巡迴點_____

※由執行本方案之診所、醫院，於 8 月 1 日前填報本表，以書面或電子檔案繳交照片及醫療報酬申請表送交保險人分區業務組，並由保險人分區業務組人員視需要依其自評項目或實地至診所、醫院執業(巡迴)地點審查。

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查)(附 2 張照片)：(共 20 分)

1、是否有中低收入戶減免掛號費？ 是(5 分) 否(0 分)

2、巡迴招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

明顯(7 分) 不明顯(1 分) 無(0 分)

3、是否有「全民健保醫療巡迴服務」之標誌或海報？

是(8 分) 否(0 分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少 10 名以上，共 34 分。《民眾滿意度調查表(詳附件 7-2)之結果平均後計分_____分》。

(三)實際巡迴服務內容評核：(共 46 分)

1、巡迴醫療活動，紅布條(海報)或宣傳衛教單張。(10 分)

(內容：診療科目、時段、地點，附 1 張照片)

2、行動不便者到宅診療給藥服務及訪視(附 1 張照片) (4 分)

3、詳細解釋用藥安全(附 1 張照片)。(7 分)

4、空間及環境清潔衛生(附 1 張照片)。

非常乾淨(5 分) 尚可(3 分) 待改進

5、診療設備(附 2 張照片)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、病歷……等。

5 種以上(5 分) 4 種(4 分) 3 種(3 分) 2 種(2 分) 1 種(1 分)6、平均每診看診人次。10 人次(含)以上(5 分) 不足 10 人次7、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料。是(10 分) 否

(四)綜合討論及評分 (共 100 分): 總分_____ 《含第(一)至(三)部分》

1.優: 96 分以上。

2.良: 81~95 分。

3.觀察: 71~80 分, 觀察一季要求改善, 明年仍未達 80 分以上, 則不予執行本方案。

4.輔導: 70 分以下者, 輔導一季要求改善, 複核未改善者, 終止執行本方案。

<p>診療服務評核: 如巡迴招牌及告示診療相關資訊是否明顯、清楚等</p>	<p>推展巡迴(開業)醫療活動, 紅布條(海報)或宣傳衛教單張</p>
<p>請黏貼符合主題之相片</p>	<p>請黏貼符合主題之相片</p>
<p>行動不便者到宅診療給藥服務及訪視</p>	<p>解釋用藥安全</p>
<p>請黏貼符合主題之相片</p>	<p>請黏貼符合主題之相片</p>
<p>空間及環境清潔衛生</p>	<p>診療設備</p>
<p>請黏貼符合主題之相片</p>	<p>請黏貼符合主題之相片</p>

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點 巡迴醫療服務民眾滿意度調查表

親愛的女士/先生：

您好！健保署為增進就醫可近性及改善醫療資源不足地區西醫醫療服務，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，提供您寶貴的意見，做為我們改進的方向，謝謝。以下的問題，請您就本次就醫的經驗作答。敬祝 健康快樂

1、請問您對此西醫醫療服務滿意度如何？（共 18 分）

- (1)候診時間 非常滿意(3分)滿意(1分) 尚可不滿意 非常不滿意
- (2)醫療效果 非常滿意(3分)滿意(1分) 尚可不滿意 非常不滿意
- (3)醫療設備 非常滿意(3分)滿意(1分) 尚可不滿意 非常不滿意
- (4)醫師服務態度非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意
- (5)語言溝通能力非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意
- (6)門診時段 非常滿意(3分)滿意(1分)尚可不滿意 非常不滿意

2、請問您對此西醫服務據點就醫滿意度如何？(共 16 分)

(1)您今天花多久時間到達巡迴地點?(僅指去程)

- 10 分鐘以內(4 分) 11~30 分鐘(2 分) 30 分鐘~1 小時(1 分)

(2)您到巡迴地點看病是否方便?

- 非常方便(4 分) 方便(2 分) 普通(1 分) 不方便(0 分)

(3)是否有不當收取費用情形? 是(0 分) 否(4 分)

(4)您接受此西醫醫療服務感覺有那方面不錯？(可複選，最多 4 個)

- 設備好(1 分) 醫師技術好(1 分) 環境衛生(1 分)
- 候診時間短(1 分) 服務態度親切有禮(1 分) 方便(1 分)
- 重視病人意見(1 分) 提供充足醫療常識(1 分) 藥有效(1 分)

謝謝您!撥空填寫本問卷調查表

_____鄉鎮(市/區)_____村(里)_____診所/醫院

_____年_____月_____日

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱											聯絡電話	()								
	診所/醫院代號											負責醫師姓名									
	郵遞區號											聯絡地址									
	申請服務地區	縣市					鄉鎮(市/區)					村(里)									
申請服務內容	申請項目：																				
	1. 醫事人員 巡迴醫師科別：																				
	巡迴醫師姓名：																				
	2. 巡迴服務時間 (請填寫時數)：共 小時/週																				
	星期一			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村
	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)
執行成果	1. 計畫執行期間：自 年__月__日起至 年__月__日止，共 個月																				
	2. 申報經費概算：																				
	項目	科目	數量 (單位:診/年)			單價			總金額			備註									
	醫師報酬					平日:4,500 假日: 5,500															
	配合巡迴護理人員報酬					平日: 1,200 假日: 1,700															
配合巡迴藥事人員報酬					平日: 1,200 假日: 1,700																
合計																					
成果評估：																					
實施總診次	實施總人次	經費總點數	平均每診次點數	平均每人次點數	平均每診次服務人次(總平均)	平均每巡迴點服務人次	原計畫執行目標人次	服務人次達成比例													
對本方案之建議：																					

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫執行報告內容

一、對就醫便利性之影響：

就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之分布情形…等。

二、民眾利用情形：每診次服務人次分佈等。

三、民眾滿意度分析與評估：

- (一)候診時間滿意度百分比。
- (二)醫療效果滿意度百分比。
- (三)醫療設備滿意度百分比。
- (四)醫師服務態度滿意度百分比。
- (五)語言溝通能力滿意度百分比。
- (六)門診時段滿意度百分比。
- (七)就診路程花費時間百分比。
- (八)就診方便性百分比。

四、具體呈現民眾健康結果改善。

五、其他。如：所遇的問題及解決方針

- (一)交通流線及道路狀況。
- (二)當地居民的就醫行為及人文背景。
- (三)巡迴範圍、區域及執行困難之原因。
- (四)政策、計劃、規範、經費的明確性及永續性。

六、檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

七、結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

八、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷體 14 號字型，橫式書寫。

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫申請書

保險人分區業務組：

分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	()				
	診所代號		負責醫師姓名					
	郵遞區號		聯絡地址					
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)				
申請服務內容	門診服務時間 (請填寫門診時數)：共 小時／週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午 時 間							
	下午 時 間							
	晚上 時 間							
審核情形	分區業務組意見：							
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 申請日前2年涉有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第38條至40條所列違規情事。 <input type="checkbox"/> 計畫書內容符合方案需求							
	<input type="checkbox"/> 不同意，原因：							
	申請通過日期： 年 月 日 申請通過函號：							

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫計畫書

- 一、前言：請敘述本方案產生之背景，包括方案實施地區問題狀況等。
- 二、目的：請分點具體列述本方案所要達成之目標。
- 三、開業地區現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。
 - (一) 執業地區及人口分布：請具體詳述開業服務之地區面積、性別年齡分布、當地戶籍人口數等相關資料。
 - (二) 地理環境概況及交通情形：請簡要敘述開業服務地區地理環境概況並檢附開業服務地點地址及簡要地圖、當地對外交通情形、及開業服務地點最鄰近醫療院所之名稱、車程與里程等。
 - (三) 醫療需求情形：目前醫療服務使用狀況、醫療需求，以及方案提供醫療服務之內容。
- 七、執行計畫：

醫療人力資源：請詳述醫事人力、門診服務時間等情形。
- 八、評估預期效益：明訂評估方案之預期效益：詳述計畫實施預期將達成之效益，並表列各項預定達成指標以利審查(需包含平均每診看診人次目標數)。
- 九、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，(標)楷書 14 號字型，橫式書寫。

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
獎勵開業服務計畫門診時段(人員)異動表

門診時段(人員)異動表		填表日期： 年 月 日					
基本資料	診所名稱及醫事機構代號						聯絡電話 ()
	診所地址及郵遞區號						
	申請服務地區	縣市		鄉鎮(市/區)		村(里)	
	變更 <input type="checkbox"/> 醫師姓名 <input type="checkbox"/> 護理人員姓名 <input type="checkbox"/> 藥事人員姓名						
	變更原因						
變更門診時段：							
(一)原門診時段： 年 月 日起至 年 月 日							
	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							
合計	天 小時/週						
(二)變更門診時段： 年 月 日起至 年 月 日							
	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							
合計	天 小時/週						
診所(衛生所)							
<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block; margin: 10px;">印</div>							
執業醫師簽名：_____							
<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; display: inline-block; margin: 10px;">印</div>							
註：本表依「西醫醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫」之第八項執行內容及相關規定辦理。							

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案
獎勵開業服務計畫醫師休診單

醫師休診單		填表日期： 年 月 日		
基本資料	診所名稱		聯絡電話 ()	
	醫事機構代號			
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)
	休診醫師姓名			
	休診原因			
休診時間：				
1. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止 2. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止 3. 年 月 日 時起 至 年 月 日 時止				
合計 月 天 小時				
註：本表依「西醫醫療資源不足地區獎勵開業服務計畫」之第八項執行內容及相關規定辦理。				
診所(衛生所)				
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; margin: 0 auto;">印</div>				
執業醫師簽名：_____				
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; margin: 0 auto;">印</div>				

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點 獎勵開業服務計畫診所評核表

填報日期：____年__月__日

一、考核診所名稱：_____；診所代號：_____

二、執行方案地點：_____鄉鎮(市/區)_____村(里)

※由執行本方案之診所，於 8 月 1 日前填報本表，以書面或電子檔案繳交照片送交保險人分區業務組，並由保險人分區業務組人員視需要依其自評項目或實地至診所地點審查。

三、考核項目：

(一)診療服務評核(實地考核或電話抽查評核)(附 2 張照片)：(共 27 分)

1、是否有中低收入戶減免掛號費？ 是(9 分) 否(0 分)

2、診所招牌及告示診療科目、時段、地點等資訊是否明顯、清楚？

明顯(10 分) 不明顯(1 分) 無(0 分)

3、是否有「全民健保醫療服務」之標誌或海報？ 是(8 分) 否(0 分)

(二)民眾意見評核：診所、醫院先自評並繳回問卷，至少 10 名以上，共 34 分。《民眾滿意度調查表(詳附件 11-2)之結果平均後計分 _____分》。

(三)實際開業服務內容評核：(共 39 分)

1、開業醫療活動，紅布條(海報)或宣傳衛教單張。(10 分)

(內容：診療科目、時段、地點，附 1 張照片)

2、詳細解釋用藥安全(附 1 張照片)。(9 分)

3、空間及環境清潔衛生(附 1 張照片)。

非常乾淨(5 分) 尚可(3 分) 待改進

4、診療設備(附 2 張照片)：醫療時穿工作服、血壓計、口罩、手套、藥物、棉枝紗布、消毒設備(酒精棉花)、洗手設備、病歷……等。

5 種以上(5 分) 4 種(4 分) 3 種(3 分) 2 種(2 分) 1 種(1 分)

5、使用健保卡讀卡設備並依規定上傳資料。是(10 分) 否

(四)綜合討論及評分(共 100 分)：總分_____《含第(一)至(三)部分》

- 1.優：95 分以上。
- 2.良：81~94 分。
- 3.觀察：71~80 分，觀察一季要求改善，明年仍未達 80 分以上，則不予執行本方案。
- 4.輔導：70 分以下者，輔導一季要求改善，複核未改善者，終止執行本方案。

診療服務評核-1	診療服務評核-2
請黏貼符合主題之相片	請黏貼符合主題之相片
推展開業醫療活動，紅布條 (海報)或宣傳衛教單張	解釋用藥安全
請黏貼符合主題之相片	請黏貼符合主題之相片
空間及環境清潔衛生	診療設備
請黏貼符合主題之相片	請黏貼符合主題之相片

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案考核要點 獎勵開業服務計畫民眾滿意度調查表

親愛的女士/先生：

您好！健保署為增進就醫可近性及改善醫療資源不足地區西醫醫療服務，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，提供您寶貴的意見，做為我們改進的方向，謝謝。以下的問題，請您就本次就醫的經驗作答。敬祝 健康快樂

1、請問您對此西醫醫療服務滿意度如何？（共 18 分）

- (1)候診時間 非常滿意(3分) 滿意(1分) 尚可 不滿意 非常不滿意
- (2)醫療效果 非常滿意(3分) 滿意(1分) 尚可 不滿意 非常不滿意
- (3)醫療設備 非常滿意(3分) 滿意(1分) 尚可 不滿意 非常不滿意
- (4)醫師服務態度 非常滿意(3分) 滿意(1分) 尚可 不滿意 非常不滿意
- (5)語言溝通能力 非常滿意(3分) 滿意(1分) 尚可 不滿意 非常不滿意
- (6)門診時段 非常滿意(3分) 滿意(1分) 尚可 不滿意 非常不滿意

2、請問您對此西醫服務據點就醫滿意度如何？（共 16 分）

(1)您今天花多久時間到達診所？(僅指去程)

- 10 分鐘以內(4 分) 11~30 分鐘(2 分) 30 分鐘~1 小時(1 分)

(2)您到診所看病是否方便？

- 非常方便(4分) 方便(2分) 普通(1分) 不方便(0分)

(3)是否有不當收取費用情形？ 是(0分) 否(4分)

(4)您接受此西醫醫療服務感覺有那方面不錯？（可複選，最多 4 個）

- 設備好(1分) 醫師技術好(1分) 環境衛生(1分)
- 候診時間短(1分) 服務態度親切有禮(1分) 方便(1分)
- 重視病人意見(1分) 提供充足醫療常識(1分) 藥有效(1分)

謝謝您！撥空填寫本問卷調查表

_____鄉鎮(市/區)_____村(里)_____診所

年_____月_____日

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組：

分區

填表日期： 年 月 日

基本資料	診所名稱		聯絡電話	()		
	診所代號		負責醫師姓名			
	郵遞區號		聯絡地址			
	申請服務地區	縣市	鄉鎮(市/區)	村(里)		

申請服務內容	門診服務時間 (請填寫門診時數)：共 小時/週							
	項目	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
	上午 時 間							
	下午 時 間							
	晚上 時 間							

執 行 成 果	申報經費概算：		
	申報件數	醫療費用點數	平均每件醫療費用點數

執 行 成 果	成果評估：						
	醫師人數	醫師科別	實施總 診次	實施總 人次	平均每診次服務 人次	平均每週 診次	平均每週 時數

對本方案之建議：

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 獎勵開業服務計畫執行報告內容

一、對就醫便利性之影響：

就醫總人數、就醫率、患者人口性別、年齡之分布情形…等。

二、民眾利用情形：申報件數、費用點數、平均每件點數等。

三、民眾滿意度分析與評估：

- (一)候診時間滿意度百分比。
- (二)醫療效果滿意度百分比。
- (三)醫療設備滿意度百分比。
- (四)醫師服務態度滿意度百分比。
- (五)語言溝通能力滿意度百分比。
- (六)門診時段滿意度百分比。
- (七)就診路程花費時間百分比。
- (八)就診方便性百分比。

四、具體呈現民眾健康結果改善。

五、其他。如：所遇的問題及解決方針

- (一)交通流線及道路狀況。
- (二)當地居民的就醫行為及人文背景。
- (三)執業範圍、區域及執行困難之原因。
- (四)政策、計劃、規範、經費的明確性及永續性。

六、檢討與建議（請詳實敘述檢討優點及缺點）。

七、結論及未來改善方案（請詳實敘述）。

八、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷體 14 號字型，橫式書寫